



SOLICITUD DE EXENCIÓN PARA NIÑOS CON COMPLEJIDADES MÉDICAS DE UTAH

Instrucciones para la solicitud de exoneración de niños con complejidades médicas

(Por favor lea cuidadosamente las instrucciones siguientes)

El Programa de Exención para Niños con Complejidades Médicas (en adelante, “El Programa”) fue autorizado por el Legislativo del estado de Utah en calidad de programa piloto en sesión general del año 2015 (propuesta HB199) vigente hasta el 30 de junio de 2018. Los niños inscritos en dicho programa tendrán acceso a servicios de alivio, así como a los servicios ofrecidos por el Medicaid Tradicional. El período actual de inscripción es el 1 de mayo –el 31 de mayo de 2017.

A fin de calificar para el programa, un niño debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Tener 18 años de edad o menos (la persona es elegible hasta cumplir los 19 años)
- Estar bajo los cuidados de 3 o más médicos especialistas, además de su médico de atención primaria.
- Mostrar complejidad médica que involucre 3 o más sistemas de órganos
- Demostrar un nivel de complejidad médica basado en una combinación de necesidades de que requieren de apoyo basado en dispositivos, de alta utilización de terapias médicas y necesidad de tratamientos e intervenciones médicas frecuentes.
- Tener un grado de discapacidad determinado por el Consejo Estatal de Revisión Médica.

Para que esta solicitud sea considerada, debe haber sido llenada completamente, e incluir una copia de su historia más reciente y su examen físico o control del niño sano, emitido por su pediatra. Esta documentación debe incluir los antecedentes médicos y quirúrgicos, una lista de problemas o de diagnósticos, una lista de medicamentos que está tomando actualmente, sus alergias, signos vitales, examen físico y su plan de atención.

La información a ser presentada debe ser del período de 24 meses inmediatamente anterior al mes de la solicitud de inscripción en el programa (o menos, si el solicitante es menor a 24 meses de edad). Toda la información de la salud será verificada a través de la documentación médica por personal clínico de Medicaid.

Si tiene varios hijos en su familia que desea inscribir en el programa, deberá llenar una solicitud separada para cada uno.

Por favor, lea todas las instrucciones de la solicitud cabalmente y con cuidado.

Además de esta solicitud, se le pedirá que provea documentación de apoyo adicional. Esta documentación debe ser suficiente para validar la información de esta solicitud. Sin la documentación de apoyo, su solicitud NO SE CONSIDERARÁ COMPLETA.

Su documentación de apoyo debe incluir:

- Copia de la historia y chequeo físico o control del niño sano hecho en los últimos 24 meses;
- Una forma de *Autorización para Divulgación de Información* que puede descargar del enlace: <http://health.utah.gov/ltc/mccw/Files/114AR-SP.pdf>
- Un *Adjunto de Discapacidad de Medicaid* que puede descargar del enlace: <http://health.utah.gov/ltc/mccw/Files/354-SP.pdf>
- Si el solicitante tiene un Programa de Educación Individualizado (o “IEP”, por sus siglas en inglés), sírvase incluir copia del mismo junto a su solicitud.

Para que sean consideradas las solicitudes, estas deben haber sido llenadas completamente. **NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS.** Se aceptarán las solicitudes por correo o fax las cuales deben enviarse a:

FAX: 801-323-1593

MAIL: Utah Department of Health
 Medically Complex Children’s Waiver
 Division of Medicaid and Health Financing
 Bureau of Authorization and Community Based Services
 PO Box 143112
 Salt Lake City, Utah 84114-3112

- Si envía su solicitud por correo, debe presentar la fecha de envío estampada por la oficina postal durante el período de solicitud. (Tenga en cuenta que para esto debe ir a la oficina postal y pedir que su correspondencia sea estampada con la fecha de envío).

Por favor tenga en cuenta que la solicitud para este programa es un proceso de dos pasos.

El propósito de esta solicitud es determinar si su niño cumple con los requisitos específicos del programa. Para determinar si su niño cumple con el criterio de elegibilidad financiera, se requiere que llene una Solicitud para Medicaid en el Departamento de Servicios Laborales (o DWS por sus siglas en inglés). Sólo se tomarán en cuenta los ingresos y bienes del niño para determinar su elegibilidad financiera.

Si aún no ha llenado la porción de elegibilidad financiera de la solicitud, puede hacerlo ahora, o puede hacerlo después, si su hijo es seleccionado para participar en el programa. Sírvase consultar el siguiente enlace para obtener información sobre la solicitud de elegibilidad financiera:

<https://medicaid.utah.gov/apply-medicaid>

Para más información sírvase contactar al Departamento de Salud del estado de Utah por el número de discado gratuito: 1-800-662-9651, opción 5

Correo electrónico: mccw@utah.gov

Las solicitudes NO SERÁN ACEPTADAS a través de correo electrónico. Por favor, no envíe ninguna información privada de salud a esta dirección de correo electrónico.

Sitio de Internet: <http://health.utah.gov/ltc/mccw>

Información del solicitante

Sírvase llenar tanto como pueda de esta sección a fin de que podamos identificarlo y contactarlo con respecto al estatus de su solicitud.

Nombre del niño/a:

Apellidos *Primer Nombre* *Inicial 2^{da} Nombre*

Nombre del Padre/Madre:

Apellidos *Primer Nombre* *Inicial 2^{da} Nombre*

Fecha de nacimiento del niño/a:

Sexo del niño/a:

Hombre

Mujer

Dirección:

Calle / Avenida *# Apartamento o Unidad*

Ciudad *Estado* *Código Postal*

Teléfono de Domicilio: () _____

Teléfono Alternativo: _____

Correo electrónico:

Intervenciones y consultas médicas frecuentes

Sírvanse proporcionar los nombres de los médicos especialistas que tratan a su hijo (estos son los médicos que tratan a su hijo ADEMÁS de su médico de atención primaria). Si se requieren líneas adicionales adjunte una hoja aparte:

Nombre del médico: _____
Especialidad *#Teléfono*

Sírvase proporcionar una lista de las condiciones o diagnósticos de su hijo/a. De hacer falta, adjunte hojas adicionales:

Condición/Diagnóstico _____

Condición/Diagnóstico _____

Condición/Diagnóstico _____

Condición/Diagnóstico _____

Condición/Diagnóstico _____

Sírvase indicar si su hijo/a ha experimentado una de las situaciones siguientes en los últimos 24 meses.

Sírvase marcar TODAS las aplicables

- 10 o más días en un centro de internado**

Esto puede incluir días internados en un hospital o centro de enfermería especializado durante los últimos 24 meses, siempre que las estancias estén relacionadas con el cuadro de complejidad médica del niño.

- 8 o más visitas a departamentos de emergencia o procedimientos ambulatorios**

Esto puede incluir días de visitas a salas de emergencia y a procedimientos por procedimientos ambulatorios durante los últimos 24 meses, siempre que las visitas estén relacionadas con el cuadro de complejidad médica del niño.

- 20 o más visitas médicas o llamadas de consulta**

Esto puede incluir visitas a cualquier consultorio médico (incluyendo su médico primario o especialistas), así como visitas a salas de cuidados de urgencia durante los últimos 24 meses, siempre que la estancia esté relacionada con el cuadro de complejidad médica del niño.

Dependencia de dispositivos de soporte

Dependencia prolongada (más de 3 meses), en dispositivos médicos necesarios para compensar la función inadecuada de los órganos. Por favor, no responder a estos basándose en períodos de agudización de la enfermedad, ya que se prevé que todas las necesidades de los solicitantes aumentarán temporalmente durante estos períodos.

Sírvase marcar TODAS las aplicables

- Traqueotomía – incluyendo humidificación**
- Ventilación diaria no invasiva; o soporte por presión a través de traqueotomía (BiPAP, CPAP, etc)**
- Uso diario de oxígeno**
- Succión nasal, oral, faríngea o traqueal 4 veces al día o más**
- Succión nasal, oral, faríngea o traqueal 3 veces al día o menos**
- Asistencia diaria para la tos, o uso diario de chaleco de fisioterapia pectoral o tratamientos de fisioterapia pectoral manuales**
- Cánulas, bombas, (de insulina, baclofen, etc.) Estimulador del Nervio Vago (o VNS por sus siglas en inglés)**
- Monitores – cardiorespiratorios, oxímetros de pulso, de apnea, glucómetros, etc.**

Utilización frecuente de terapias médicas, tratamientos o de servicios subespecializados

Dependencia prolongada (más de 3 meses) de cualquiera de los siguientes.

Sírvase marcar TODAS las aplicables

- Catéter de Vena Central (o catéter de inserción periférica o Hickman, etc.)**
- Catéter urinario (vesicostomía, catéter permanente o intermitente)**
- Colostomía o programa para complejidad intestinal**
- Incontinencia diaria de los intestinos o de la vejiga (el niño debe ser mayor a 3 años de edad)**
- Cuidado diario de herida o cambio de vendajes estériles (no incluye traqueotomía, postura de línea intravenosa, estomas o tubos de alimentación)**
- Alimentación por tubo (bolo o continuo)**
- Convulsiones severas que requieren por lo menos intervención mínima una o más veces por mes**
- Terapia ocupacional por lo menos una vez al mes**
- Terapia física por lo menos una vez al mes**
- Terapia del habla por lo menos una vez al mes**
- Mi niño/a es sordo y/o ciego**
- Alimentación oral diaria y prolongada de más de 30 minutos**

La alimentación oral diaria y prolongada implica la incapacidad de alimentarse a sí mismo, arqueos y rigidez durante la alimentación, el rechazo a ser alimentado, aversión a la textura, dificultad para masticar, toser o gaguear, vómitos y escupido frecuentes, babeo excesivo de alimentos, etc.

Si marca la casilla de abajo indicando que a su hijo le administran diariamente 5 o más medicamentos en forma rutinaria, sírvase enumerar dichos medicamentos y la frecuencia con que son administrados. Si hace falta use páginas adicionales:

- Administración diaria de 5 o más medicamentos rutinarios**

La administración diaria de medicamentos no incluye medicamentos a ser tomados según el criterio del paciente (de ser requeridos) y debe incluirse todas las rutas de administración.

Nombre del medicamento: _____ Veces X Día

Si marca la casilla de abajo indicando que su hijo depende de dispositivos adicionales como soportes funcionales, sírvase enumerar estos dispositivos. Si se requieren líneas adicionales adjunte una hoja aparte:

- Uso diario de aparatos ortopédicos, órtesis inmovilizadora de tobillo, silla de ruedas, sillas de regadera, cinturón de traslado, u otros dispositivos de movimiento**

Nombre de dispositivo _____

Sírvase seleccionar el artículo de abajo que mejor describe la capacidad de movilidad de su hijo/a.

- Mi hijo es completamente inmóvil**
No puede trasladarse ni puede efectuar ajustes ligeros de su posición sin asistencia, no puede moverse a una silla y se mantiene en posición horizontal.
- La movilidad de mi hijo está muy limitada**
Puede efectuar cambios ligeros en la posición corporal o de sus extremidades, pero no puede efectuar cambios frecuentes o mayores sin asistencia. No puede soportar su propio peso y/o debe ser asistido para colocarse en su silla o silla de ruedas.
- La movilidad de mi hijo está ligeramente limitada**
Puede efectuar cambios frecuentes pero leves en la posición corporal o de sus extremidades de manera independiente. Camina o gatea ocasionalmente durante el día, pero por distancias muy cortas, con o sin asistencia.
- Mi hijo/a no tiene limitaciones de movilidad**
Camina o gatea frecuentemente (por lo menos cada 2 horas) y puede cambiar de posición sin asistencia.

Impacto sobre el proveedor de cuidados

Sírvase contestar las siguientes preguntas para proveer información sobre la forma en que el cuadro médico complejo de su hijo/a ha impactado a los familiares que le proveen cuidados y las finanzas en los últimos 24 meses.

Sírvase seleccionar las respuestas que más se ajustan entre las mencionadas a continuación:

1. ¿Con que frecuencia su hijo/a duerme 6 o más horas, sin que requiera cuidados?
 - Con frecuencia (4 o más veces por semana)**
 - A veces (2 o más veces por semana)**
 - Rara vez o nunca (1 vez o menos por semana)**
2. ¿Con que frecuencia el proveedor de cuidados asiste a actividades fuera del hogar sin el solicitante?
 - Con frecuencia (1 o más veces por semana)**
 - A veces (2 o más veces por mes)**
 - Rara vez o nunca (Menos de 1 vez por mes)**

Si está solicitando inscribir a múltiples niños de su familia, por favor indique lo siguiente:

3. Estoy solicitando las inscripciones de varios niños en mi familia.

Sírvase listar los nombres de los niños adicionales para quienes está solicitando este servicio:

La siguiente pregunta se refiere a los gastos médicos fuera de bolsillo en que ha incurrido el solicitante durante los últimos 24 meses.

Los gastos médicos fuera de bolsillo se definen como los gastos de atención médica causados por el solicitante.

Estos gastos incluyen: primas de seguros, deducibles, coaseguros y copagos por servicios cubiertos, más los gastos médicos que no estén cubiertos por un seguro primario o todos los gastos médicos si el solicitante no tiene seguro médico. Esto puede incluir los costos de los equipos y suministros médicos que no están cubiertos por el seguro.

Como ejemplos se pueden incluir, sin limitarse a: el costo de las fórmulas nutricionales para solicitantes mayores a 2 años de edad, el costo de suministros para la incontinencia para solicitantes mayores a 3 años de edad y el costo de otros equipos y suministros médicamente necesarios. Los gastos fuera de bolsillo no deben incluir el costo de modificaciones a la vivienda o a vehículos o artículos tales como asientos de coche para niños que de otro modo se requerirían para la seguridad general de cualquier niño.

Las auto-declaraciones de los gastos fuera de bolsillo, pueden estar sujetas a revisión posterior de los pagos y auditoría. En el caso de una auditoría, los solicitantes deben estar preparados para proveer evidencia en apoyo a la cantidad de gastos fuera de bolsillo que está reclamando.

4. El gasto fuera de bolsillo ANUAL de gastos médicos para los niños que estoy inscribiendo es de:

- Menos de \$7,500
- Entre \$7,501 y \$10,000
- Entre \$10,001 y \$15,000
- Entre \$15,001 y \$20,000
- Más de \$25,001

Las preguntas que siguen están relacionadas con la forma en que el cuadro de complejidades médicas, han impactad experiencia de empleo de su familia

Sírvase marcar TODAS las aplicables

- Un padre o tutor ha tenido que reducir el número de horas de trabajo para cuidar al solicitante
- Un padre o tutor ha tenido que cambiar a un trabajo de menos horas o pagar para que cuiden al solicitante
- Un padre o tutor ha tenido que dejar de trabajar para cuidar el solicitante

La próxima pregunta tiene como fin saber si su hijo tiene a su disposición recursos de cobertura de servicios médicos. Por favor marque la casilla que sigue si su hijo tiene cobertura de servicios médicos. Si su hijo tiene cobertura de servicios médicos, sírvase mencionar los nombres de los proveedores de seguro aquí debajo.

- Mi hijo tiene seguro médico

Esto puede incluir coberturas de programas de fondos públicos tales como Medicaid, CHIP, Medicare, etc.

Provedora de seguros: _____

Provedora de seguros: _____

Provedora de seguros: _____

Consignación de Solicitud

Al consignar esta solicitud, certifico que la información que he dado es exacta hasta donde tengo conocimiento. Entiendo que dar falsa información intencionalmente es razón para que se rechace mi solicitud, o que sea terminada mi inscripción en el programa. También entiendo que mi solicitud debe estar completa para que sea considerada, y de no estar completa, será rechazada.

Firma _____